



# INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

---

## **MIGRAÑA E ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Olalla Frade Pedrosa, Manuel González Panzano, Licet Tatiana Durán Sandoval, Ana María Sáenz Ballobar y Sandra Figuerola Falcó

[olallafrade@yahoo.es](mailto:olallafrade@yahoo.es)

Depresión, ictus, cefalea, migraña, dolor...

## **RESUMEN**

En este trabajo, exponemos el caso de un varón de 45 años de edad sin antecedentes psiquiátricos de interés, que acaba desarrollando un Trastorno Depresivo Mayor, en relación con las limitaciones derivadas de un accidente isquémico cerebro-vascular que se manifestó desde el inicio con un dolor de características migrañosas que no ha cedido a pesar de la analgesia tradicional usada en este tipo de cuadros clínicos. Por ello, al tratar el Trastorno Depresivo Mayor con un antidepresivo dual a dosis moderadas-altas, que a la vez que mejora el dolor, también trata el cuadro depresivo. Debido a las características de los fármacos duales, estos nos permiten trabajar ambas patologías, y por lo tanto, resolverlas. Permitiendo al individuo retomar su actividad social, laboral y el poder pasar más tiempo de calidad con su familia.

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos diez años, se han realizado varias investigaciones centradas en buscar una posible relación entre la migraña y el riesgo de desarrollar un accidente cerebro-vascular tipo isquémico.

## MIGRAÑA E ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Esto es debido a la presencia de diversos casos de ictus en personas jóvenes, sin patología cardio-vascular previa de interés, que posteriormente denotasen en un riesgo para el desarrollo del mismo. Sin embargo, todos coinciden en poseer como antecedente las migrañas con o sin aura. Por ello, al toparnos con un caso y el haber investigado sobre ello, decidimos realizar este caso clínico y exponerlo, para darle mayor difusión a este tipo de patologías.

- Caso clínico:

Se trata de un varón de 45 años de edad, casado, y padre de dos hijos varones de 14 y 11 años de edad. Autónomo, es el copropietario de un bar con su esposa, actualmente en Interrupción Laboral Temporal desde hace un año.

Entre los antecedentes personales del paciente se encuentran, el no presentar alergias, ni reacciones adversas a ningún medicamento hasta el momento actual. Presencia de migrañas crónicas desde los trece años. Accidente cerebro-vascular de tipo isquémico en el 2015. Intervención quirúrgica de fimosis a los siete años de edad. Entre los antecedentes personales psiquiátricos consta el contacto con la especialidad en noviembre de 2018, tras la presencia de un descenso afectivo en relación a las consecuencias/limitaciones que derivaron tras el ictus. A nuestras consultas llega en diciembre de 2019.

Entre los antecedentes familiares de interés, madre aquejada de migrañas desde la adolescencia. No informa de antecedentes psiquiátricos familiares de interés.

Exploración física: Aspecto cuidado y adecuado. No apreciándose la presencia de alteraciones en la movilidad, ni sensibilidad, ni fuerza tras la realización de terapia rehabilitadora intensa tras el accidente cerebro-vascular. Constantes vitales dentro de la normalidad. A su vez, las pruebas complementarias realizadas como analítica sanguínea, orina, electroencefalograma y electrocardiograma se encuentran dentro de la normalidad.

Exploración psicopatológica en la primera valoración del paciente, este está consciente, orientado en todos los conceptos, abordable y colaborador. Aspecto aseado y cuidado.

## MIGRAÑA E ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tranquilo. Discurso coherente, fluido e informativo. Presencia de ánimo depresivo, con presencia de irritabilidad puntual, apatía, abulia, anhedonia, astenia marcada, aislamiento social. No presencia de alteraciones sensorceptivas, ni ideación delirante. No bloqueos en el curso del pensamiento. No ansiedad. Angustia. Rumiaciones de minusvalía e incapacidad. Rasgos de personalidad vulnerables del Cluster C. Ideas de muerte, que no llegan a conformar una ideación autolesiva planificada, ni estructurada, rechazando las mismas. Verbalizando espontáneamente planes a medio y largo plazo. No heteroagresividad. Insomnio de conciliación, con un descanso parcial de larga data. Hiporexia, con descenso peso. Capacidad volitiva, cognitiva y juicio de la realidad conservados. Buen insight.

Diagnóstico: Trastorno Depresivo Mayor. Migraña.

Tratamiento: Se suspende el Escitalopram de 20mg al desayuno por Duloxetina 60mg al desayuno.

Evolución: Tras la primera valoración y ajuste de tratamiento, se objetiva una mejoría a nivel de los afectos, por lo que ante la buena respuesta y no presencia de efectos secundarios, se procede al mes y medio. En la siguiente consulta, a un aumento de dosis a 90mg de Duloxetina al desayuno, y se sigue objetivando la buena evolución del paciente, tanto que él mismo reconoce la presencia de una mejoría importante, con un mejor estado afectivo, desaparición de la irritabilidad, y de las ideas de muerte, al igual que se mitiga el dolor migrañoso, que acompañaba al paciente desde el ictus.

Finalmente se decide ascenso de dosis a Duloxetina 120mg día en una sola toma, objetivándose en la última consulta de agosto una recuperación integral del cuadro clínico, con desaparición del dolor continuado e invalidante, retomando paulatinamente su actividad familiar, social y planteamiento del alta para retomar su actividad laboral previa con el apoyo de su esposa.

## MIGRAÑA E ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Discusión y conclusiones:

En los últimos años, han aumentado las publicaciones a nivel científico que relacionan los antecedentes de migrañas con la aparición de accidentes isquémicos a nivel cerebral, por lo que en la actualidad las migrañas se consideran un factor de riesgo vascular. A su vez, se observó un aumento en la incidencia de estas complicaciones en mujeres menores de 45 años de edad con el antecedente de Migraña con Aura; sin embargo, no fue demostrable en varones, ni en otras edades. A pesar de todo, estos estudios concluyen que es necesario mantener un buen control de las migrañas y de los factores de riesgo vascular, que permitirán un control en la incidencia del ictus.

A su vez, nos encontramos con el desarrollo de un Trastorno Depresivo Mayor en nuestro paciente como consecuencia directa de las secuelas derivadas del ictus, y entre la que él mismo considera como más invalidante e inamovible es la migraña permanente e intensa que padece desde entonces.

Las guías de tratamiento recomiendan utilizar la Amitriptilina (25-75 mg/día) como fármaco de primera línea, en el dolor persistente post-ictus, pero sus efectos secundarios hacen que no sea el más empleado. Por lo que, se prefiere el uso de otros fármacos de segunda línea como la Pregabalina (150-600 mg/día). Otros fármacos son la Duloxetina (60-120 mg/día), Fluvoxamina (125 mg/día) o la Lamotrigina (200 mg/día). Independientemente del fármaco que se escoja, es importante que la instauración sea gradual, con incrementos de dosis semanales hasta alcanzar la que sea efectiva.

Ante la revisión exhaustiva de la literatura científica, se decidió el empleo de Duloxetina a dosis altas, ya que a medida que se iba incrementando la dosis del antidepresivo dual, objetivamos una mejoría no solo del dolor crónico, sino también de su estado afectivo, permitiéndonos con un solo fármaco tratar dos tipos de patología diferentes.

## **MIGRAÑA E ICTUS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. .- Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012 ; 345 (1): e5765.
2. .- Bigal ME, Kurth T, Santanello N, Buse D, Golden W, Robbins M, et al. Migraine and cardiovascular disease: a population-based study. *Neurology*. 2010; 74:628—35.
3. .- Caminero AB, Sánchez Del Río González M. Migraña como factor de riesgo cerebrovascular. Revisión. Elsevier. *Neurología*. 2012; 27(2):103—111.
4. .- Carlos Iglesias S, Daniel Abehsera D, Mireia Cruceyra B et al. Ictus isquémico poscefalea migrañosa en gestante a término. *Rev Chilena Obstetricia Ginecología* 2011; 76(3): 175 – 179.